

## OBSERVAȚII CLINICE PRIVIND NAȘTERILE PRIMIPARELOR ÎN VÂRSTĂ, ÎNTR-UN INTERVAL DE 14 ANI

Boga K., Tóthfalusi K., Márton G., Róna M.

Nașterile primiparelor în vârstă constituie și astăzi o problemă importantă în obstetrică. Discuțiile purtate în jurul acestei probleme nu s-au încheiat nici astăzi, aceasta se explică prin diversitatea concepțiilor autorilor, prin rezultatele divergente cauzate de diferitele principii ale asistenței, prin sporirea remarcabilă a numărului nașterilor primiparelor în vârstă în ultimele două-trei decenii și prin faptul că nici pînă azi autorii nu au ajuns la aceeași părere în ceea ce privește vîrsta de la care o primipară se poate considera vîrstnică. În timp ce mai de mult primiparele între etatea de 25—28 de ani au fost considerate ca primipare în vîrstă, această limită s-a ridicat treptat-treptat la 30, apoi la 35 de ani, iar astăzi unii autori nu consideră ca fiind adevărate primipare în vîrstă decît pe acelea care au împlinit 40 de ani. Toți autorii sînt de părere că nu se poate stabili o limită precisă. Noțiunea de primiparitate în vîrstă este în fond o noțiune de statistică (Kovács F.), ceea ce înseamnă că nașterile primiparelor care au depășit limita de vîrstă nu trebuie să fie mai grele, prin definiție, decît a celor tinere, deci primiparitatea în vîrstă nu trebuie privită ca un factor independent de indicație, ci numai ca o circumstanță predispozantă. Trebuie să remarcăm însă că limita de vîrstă stabilită pe baza datelor statistice, se poate modifica după regiuni, țări, sau continente.

În timp ce autorii mai vechi au privit cu multa seriozitate importanța primiparității în vîrstă, astăzi părerile diferă. Unii (Deuraigne, Spain, Daichmann, Frey) nu acordă o importanță prea mare influenței vîrstei înaintate asupra primei nașteri. Majoritatea autorilor însă chiar în literatura mai recentă recomandă o atenție mărită date fiind distociile și complicațiile ivite mai frecvent în cursul sarcinii sau a nașterii la primiparele în vîrstă. În afara factorului vîrstă, alit sarcina cît și nașterea primiparelor în vîrstă este îngreunată prin bolile extragenitale destul de frecvente, în primul rînd de cele ale aparatului circulator și de fibroamele uterine. Majoritatea autorilor ne arată că în cursul sarcinii primigravidelor vîrstnice sînt mai frecvente gestozele precoce și tardive, iminența de avort și nașterea prematură. Nașterea este mai prelungită, sînt mai frecvente anomaliile de ruptură a membranelor, inerția uterină, prezentațiile vicioase, bazele neștrîmte, leziunile perineului, complicațiile din timpul lăuzei, etc. Ca o consecință a acestora se ridică frecvența intervențiilor, morbiditatea și mortalitatea mamelor și a fetilor.

Majoritatea autorilor considera că frecvența complicațiilor se datorește vîrstei înaintate, adică modificărilor tisulare datorite vîrstei cum ar fi deshidratarea și scăderea elasticității țesuturilor. Unii autori presupun și vicii constituționale (constituție hipoplazică, astenică) pe care le consideră nu numai ca factori agravanți ai nașterii, ci și drept o cauză a primiparității în vîrstă, presupunînd ca aceste femei cu disfuncții neurohormonale devin însărcinate mai tîrziu. Cauza care determină apariția primei sarcini la o vîrstă mai înaintată este de obicei caătoria întîrziată. În schimb, dacă a existat posibilitatea de a fi gravidă, dar sarcina a intervenit mai tîrziu, atunci trebuie să ne gîndim la cauze constituționale.

Între cauzele nașterilor mai grele ale primiparelor în vîrstă trebuie să avem în vedere și unele pur funcționale. Frica de naștere, grija pentru copilul care se va naște sînt cauzele corticale care de multe ori îngreunează și nașterea primiparelor tinere și duc la accentuarea durerilor de naștere în special la primiparele în vîrstă. Pentru evitarea stării de mai sus este indicată deci o pregătire psihoprofilactică.

Materialul nostru cuprinde 12.900 de nașteri între anii 1941—1954 (deci 14 ani). În acest interval am condus nașterea a 826 (6,40%) primipare care au avut peste 30 de ani. Dintre acestea 288 (2,23%) au fost peste 35 de ani și 62 (0,48%) peste 40 de ani. Aceste cifre concordă în general cu cele ale autorilor care se ocupă cu această problemă (*Winckel, Stork, Hecker, Kovács, Bäder, Salacz*).

Am studiat materialul nostru pe grupe de vîrste. O categorizare exagerată ar duce la o fragmentare atît de excesivă a cifrelor absolute încît nu s-ar putea trage nici o concluzie valabilă, de aceea am cuprins în într-o singură grupă primiparele de peste 35 de ani. Ca lot comparativ au servit 500 de primipare între 15 și 29 de ani.

TABELUL I

Grupa de vîrstă (ani), I (15—29) II (30—34), III (35—39), IV (40—50), V (35—50). Numărul nașterilor	500	100%	538	100%	226	100%	62	100%	288	100%
Primigravide	442	88,4%	373	69,3%	138	61,1%	38	61,2%	176	61,1%
Secundi și multigravide	58	11,6%	165	30,7%	88	38,9%	24	38,8%	112	38,9%
Afecțiuni cardiace	1	0,2%	3	0,5%	6	2,6%	3	4,8%	9	3,1%
Laparatomii premergătoare	1	0,2%	1	0,2%	5	2,2%	1	1,6%	6	2,1%
Uter fibromatos	1	0,2%	7	1,3%	11	4,9%	5	8,1%	16	5,5%
Bazin strîmt	16	3,2%	21	3,9%	8	3,5%	3	4,8%	11	3,8%
Av. iminent	9	1,8%	21	3,9%	8	3,5%	2	3,2%	10	3,5%
Nașteri imature	61	12,2%	68	12,6%	34	15,0%	6	9,7%	40	13,9%
Nașteri gemelare	11	2,2%	11	2,0%	6	2,6%	—	—	6	2,1%
Hiperemeză gravidică	2	0,4%	6	1,1%	6	2,6%	1	1,8%	7	2,4%
Nefropatie	13	2,6%	26	4,8%	17	7,5%	5	8,1%	22	7,6%
Preeclampsie	—	—	2	0,4%	1	0,4%	2	3,2%	3	1,0%
Eclampsie în graviditate	—	—	1	0,2%	—	—	—	—	—	—
Ecl. în timpul nașterii	6	1,2%	3	0,5%	2	0,9%	—	—	2	0,7%
Ruperea prematură a membranelor	91	18,2%	145	26,9%	82	36,3%	24	38,7%	106	36,8%
Ruperea precoce a membranelor	101	20,2%	122	22,7%	41	18,1%	9	14,5%	50	17,3%
Inerție uterină primară	30	6,0%	45	8,3%	47	20,8%	13	20,9%	60	20,8%
Inerție uterină secundară	22	4,4%	49	9,2%	28	12,3%	7	11,3%	35	12,1%
Naștere cu o durată de peste 24 ore	76	15,2%	92	17,1%	56	24,8%	4	6,4%	60	20,8%
Durata medie a nașt.	16,06 h		17,27 h.		20,57 h.		16,72 h.		20,00 h.	
Naștere febrilă	8	1,6%	5	0,9%	4	1,8%	1	1,6%	5	1,7%
Expulzie prelungită	27	5,4%	67	12,4%	34	15,0%	7	11,3%	41	14,2%
Leziunea părților moi + episiotomie	330	66,0%	385	75,6%	152	67,2%	36	58,1%	188	65,3%
Placenta praevia	—	—	5	0,9%	4	1,8%	—	—	4	1,4%
Hemoragie prin atonie uterină	15	3,0%	19	3,5%	12	5,3%	4	6,4%	16	5,5%
Resturi placentare	13	2,6%	16	2,9%	4	1,8%	1	1,6%	5	1,7%
Tulburări în dezlipirea placentei	4	0,8%	10	1,8%	10	4,4%	2	3,2%	12	4,2%
Lăuzie febrilă	6	1,2%	7	1,3%	2	0,9%	2	3,2%	4	1,4%
Tromboflebită	1	0,2%	3	0,5%	3	1,3%	1	1,6%	4	1,4%
Asfixie i. u. iminentă	39	7,8%	63	11,7%	28	12,4%	14	22,6%	42	14,6%
Asfixie lividă	15	3,0%	15	2,8%	4	1,8%	3	4,8%	7	2,4%
Asfixie algidă	6	1,2%	7	1,3%	4	1,8%	—	—	4	1,4%

Paralel cu vârsta se ridică într-o măsură remarcabilă și numărul cardiopatelor, a celor laparotomizate și a celor cu fibrom uterin. Această ridicare este mai evidentă la cele de peste 35 de ani. Importanța acestor date o arată faptul, că mai mult decât jumătate dintre primiparele noastre vîrstnice cu diferite cardiopatii au fost decompensate în timpul facerii, iar fibromul uterin joacă un rol important în patologia nașterilor primiparelor vîrstnice.

Dintre complicațiile sarcinii primiparelor în vîrstă de peste 30 de ani, avortul iminent a survenit în 3,5% a cazurilor.

O bună parte dintre cazurile noastre au fost secundi-, sau multigeste, adică au avut multe avorturi, așa cum reiese din tabelul Nr. 1.

Nu am văzut o creștere paralelă cu vîrstă în ceea ce privește numărul *nașterilor premature*. La primiparele tinere nașterea prematură s-a găsit într-o proporție de 12,20%, pe cînd la cele de peste 35 de ani proporția a fost de 13,88%.

*Nașterile gemelare* se găsesc în jurul a 2% în toate grupele de vîrstă cu excepția celor din al V-lea deceniu, în care nu a fost nici o naștere gemelară. În grupa primiparelor de peste 35 de ani procentajul nașterilor gemelare a fost 2,08%, care corespunde cu datele publicate de Kovács, Eckhardt și Kashdan. Deoarece frecvența nașterilor gemelare în literatură este de 1,00—1,25%, procentajul nostru este destul de ridicat. După Kovács sarcinile gemelare sînt mai frecvente la primiparele în vîrstă fapt ce se datorește degenerescenței ovului în urma vîrstei. Aceste presupuneri sînt contrazise de faptul că nici materialul lui Salacz și a lui Bäder precum și nici în materialul nostru nu am găsit o sarcină gemelară la primiparele de peste 40 de ani. Cca. 50% din nașterile noastre gemelare au fost nașteri premature (sub 4.500 gr greutate totală).

În ceea ce privește disgravidia părerile autorilor sînt contradictorii cu toate că majoritatea lor susțin că primiparele în vîrstă au o predilecție pentru aceasta. Disgravidii mai mult sau mai puțin grave în materialul lui Stork au fost într-o proporție de 50%, din care 20,6% preeclampsii. Bäder la fel a găsit ridicarea numărului disgravidiiilor, Kovács în schimb nu a găsit un număr mai mare de eclampsii.

După cum reiese din tabelul Nr. 1. numărul hiperemazelor și a celor cu nefropatii se ridică proporțional cu vîrstă. Aceasta se referă și la preeclampsii (0,37—3,22%). Eclampsia a fost surprinzător de rară înregistrîndu-se în total 6 la primiparele de peste 30 de ani.

*Numărul bazinelor vicioase* arată o ridicare mică dar paralelă cu vîrstă (3,20%—4,83%). Această urcare nu este atît de mare ca în materialul lui Kovács în care numărul bazinelor vicioase crește cu de patru ori, și la cele de peste 35 ani este mai mare decît 5%. La primiparele peste 35 de ani Stork la fel a găsit într-o proporție de 5% bazine vicioase. Comparînd datele literaturii cu datele noastre putem afirma și noi că bazinele vicioase sînt mai frecvente la primiparele în vîrstă ceea ce se explică prin faptul că defecțiunile corporale constituie un motiv atît pentru căsnicia tîrzie cît și pentru o graviditate întîrziată.

Dintre complicațiile nașterilor primiparelor în vîrstă cele mai caracteristice sînt următoarele trei: ruperea prematură și precoce a membranelor, inerția uterină și nașterea prelungită.

*Ruperea prematură a membranelor* în materialul nostru ca și în materialul celorlalți autori crește paralel cu vîrstă (Bäder, Salacz, Kovács, Stork, Puppel). Proporția la grupa celor de peste 35 ani se ridică la mai mult de două ori față de grupa primiparelor tinere.

*Ruptura precoce* în materialul nostru nu a fost atît de frecventă ca în cel al lui Kovács și Bäder, care au găsit-o într-un număr mai mare. În materialul nostru numărul rupturilor precoce la grupele de peste 30 de ani este în mod consecvent mai scăzut de cît al rupturilor premature.

Întotdeauna s-a considerat ca cel mai mare pericol ruperea prematură a membranelor datorită faptului că prin deschiderea colului, posibilitatea de infecție a cavității uterine este mai mare. De aceea după ruptura prematură a membranelor s-a încercat scurtarea timpului de latență cu ocitocice. Unii autori (Wolff, Löbrincz, Bäder)

sint pentru evitarea ocitocicelor. *Sauter* explică cauza tulburării facerii primiparelor în vîrstă la care s-a administrat ocitocice, prin faptul că ocitocicele, cu excepția oxytocinei din care lipsește vasopresina, cauzează strîmtarea vaselor uterine, alimentarea mai slabă a musculaturii uterine cu oxigen și sînge, cauzînd astfel oboseala musculaturii uterine și inerția ei.

Aceasta are o importanță și mai mare din punctul de vedere al nașterii primiparelor în vîrstă prin faptul că în afara rupturii premature destul de frecvente, procentajul inerției uterine primare și secundare este mărit. În timp ce inerția uterină primară se găsește într-o proporție de 6% la primiparele tinere, acest număr se ridică pînă la 20% la cele de peste 35 ani, deci este de trei ori mai mare. Constatăm același lucru și în cazul inerțiilor uterine secundare. *Demelin* și *Devraigne* susțin că o cauză a inerției uterine secundare și a nașterii prelungite la primiparele în vîrstă ar fi faptul că osul cocigian este mai rigid, mai proeminent, eventual anchilozat, iar ligamentele sacrococcigiene mai puțin extensibile. După părerea lui *Burger* în majoritatea cazurilor nu este vorba de un col uterin dur, ci spastic, care se datorește mării tonusului parasimpatic a porțiunii de jos a uterului. Tocmai de aceea *Burger*, *Györy*, *Salacz* și alții recomandă în special la nașterea primiparelor în vîrstă administrarea de spasmolitice. *Bäder* crede că spasmoliticele dilată vasele uterine și prin alimentarea mai bogată cu oxigen a musculaturii uterine, măresc capacitatea de muncă a uterului. Datorită factorilor expuși mai sus nașterea primiparelor în vîrstă se prelungeste, este de mai lungă durată, decît a celor tinere. În timp ce la categoria celor tinere am găsit în mediu un travaliu de 16 ore, acesta se ridică la cele de peste 35 de ani la 20 de ore. Nașterile trecute de 24 ore se ridică de la 15% la 21% și chiar la 24%. Atît *Koller*, cît și *Kovács* au găsit în medie timpul de travaliu la primiparele peste 35 de ani la 20 de ore. Toate datele literaturii afirmă că travaliul primiparelor în vîrstă este de mai lungă durată ca cel al primiparelor tinere.

TABELUL Nr. II.

Grupa de vîrstă (ani) I (15—29), II (30—34), III (35—39), IV (40—50), V (35—50).	500		100%		538		100%		226		100%		62		100%		288		100%	
Prezența pelviană	20	4,0%	38	7,1%	19	8,4%	1	1,6%	20	6,9%										
Prezența transversă și oblică	3	0,6%	6	1,1%	2	0,9%	1	1,6%	3	1,0%										
Prezența în deflexiune	2	0,4%	7	1,3%	4	1,8%	2	3,2%	6	2,1%										
Anomalii de rotație	12	2,4%	16	3,0%	10	4,4%	3	4,8%	13	4,5%										
Anomalii de angajare	1	0,2%	4	0,7%	3	1,3%	—	—	3	1,0%										
T o t a l	38	7,6%	71	13,2%	38	16,8%	7	11,3%	45	15,6%										

Autorii care se ocupă cu problema nașterilor primiparelor în vîrstă accentuează că aici sint mai frecvente prezența vicioase. Putem trage aceeași concluzie și din materialul nostru. *Kompó* și *Gönczy* care au studiat frecvența prezența pelviene din materialul clinicii noastre dintr-un interval de 14 ani, au găsit-o într-o proporție de 3,57%. Frecvența prezența pelviene la primiparele noastre în vîrstă se dublează. Așa au găsit și *Kovács*, *Felletár*, *Mikulicz-Radecki*. Frecvența prezența transverse, ale celor bregmatice, frontale sau faciale etc. își găsesc explicația în numărul mărit al bazinilor vicioase, al fibroamelor și în spasticitatea colului uterin.

Din tabelul Nr. I. reiese procentajul mărit al complicațiilor dezlipirilor placentare, sîngerărilor atonice, ceea ce e te proporțional cu nașterile prelungite, cu libroame, inerții uterine și cu frecvența intervențiilor.

Asfisia iminentă intrauterină a feșilor a fost de 11,71% la primiparele între 30—34 ani, la cele de 40 de ani aceasta s-a mărit la dublu (22,58%). Diferența este și mai mare dacă comparăm acest număr cu cel găsit la primiparele tinere (7,80%). În creșterea atît de mare a numărului asfiziilor intrauterine iminente, are desigur un rol

oarecare și faptul că datorită răspunderii accentuate medicul, în perioada de expulzie a nașterii primiparelor în vîrstă, pune mai ușor diagnosticul de suferință fetală

Frecvența complicațiilor atrage după sine înmulțirea intervențiilor. Indicațiile sînt lărgite de faptul că medicul se simte răspunzător pentru fătul care se va naște, căci funcția care a împlinit 40 ani și naște primul copil, acesta-i va fi probabil și ultimul. În astfel de circumstanțe medicul de multe ori influențat și de familia parturientei se decide mai ușor pentru secțiunea cezariană sau altă intervenție.

Primiparitatea în vîrstă pe lângă faptul că adeseori constituie o indicație reală este întotdeauna prezentă ca un factor ce acționează prin conștiința medicului.

În materialul nostru frecvența nașterilor prin intervenții se ridică paralel cu vîrsta, devenind de cinci ori mai mare, iar frecvența nașterilor spontane scade aproape la jumătate față de lotul comparativ. (fig. 1).

Frecvența secțiunilor cezariene la primiparele de peste 35 ani este de zece ori mai mare decît la cele tinere, iar intervențiile cu forceps de patru ori. Numărul embriotomiilor pe care le-am executat numai la feții morți, arată o urcare remarcabilă. În schimb versiunea podalică cu extracție scade paralel cu vîrsta, ceea ce arată că s-a ales intervenția cea mai puțin traumatizantă pentru făt. Așa se explică de ce și intervențiile cu forceps și de ce ajutorul manual dat în nașterile cu prezența pelviene scade paralel cu vîrsta. În timp ce la primiparele tinere am condus cele 20 de nașteri cu prezența pelviene pe căi naturale, între 30—34 de ani 84,2% au decurs spontan și 15,8% cu secțiuni cezariene la cele de peste 35 de ani proporția se schimbă în favoarea cezarienelor. Trebuie să remarcăm, că în cazul nașterilor cu prezența pelviană, extracția fie ea cu metoda Tovianov-Bracht, Müller sau Kiwisch-Mauriceau nu am sosit-o între intervenții.

Indicația cezarienelor, pe lângă primiparitatea în vîrstă a fost pusă în cele mai multe cazuri datorită bazinului vicios, inerției uterine, prelungirii perioadei de dilatare și în cele mai multe cazuri indicațiile au fost date avîndu-se în vedere interesele fătului. Frecvența cezarienelor (peste 35 ani 22,22%, peste 40 ani 33,87%) este cu ceva mai ridicată decît în datele similare publicate de ceilalți autori. Luînd în considerare că dintre cei 95 de feți născuți de mame peste 30 de ani prin secțiune cezariană, numai unul (0,95%) a sucombat și faptul că după datele literaturii recente autorii sînt de părere că indicația secțiunii cezariene în cazul primiparelor în vîrstă trebuie extinsă, noi nu considerăm procentajul nostru ca exagerat. (fig. 2).

Din figura 2 se vede că mortalitatea perinatală necorectată totală arată o mărire paralelă cu vîrsta (4,20%—4,46%—6,19%—9,64%, respectiv 6,94%). Mortalitatea letală perinatală corectată arată și ea o mărire paralelă cu vîrsta (2%—2,97%, 2,65%—4,83%, respectiv 3,12%). Dacă comparăm aceste cifre cu mortalitatea fetală survenită în urma nașterilor spontane sau prin intervenție pe căile naturale (2,24%—2,95%—3,27%—7,31% respectiv 4,01%) vedem că aceasta din urmă este mai mare. Explicația acestui fapt ne-o dă mortalitatea zero a nașterilor prin cezariene la femeile de peste 35 de ani.

Stările febrile din timpul lăuziei arată o mărire față de grupa de control de la 1,20% — la 3,22% la femeile de peste 40 de ani. Numărul tromboflebitelor arată și el o creștere importantă. Vindecarea sutiurilor în general a fost bună, dar dacă comparăm procentul de 8,57% al desfacerii acestora la femeile peste 40 de ani cu cel de 0,43% la femeile tinere atunci aceasta trebuie s-o atribuim vindecării mai bune a plăgilor la persoanele tinere și unui perineu mai rigid la primiparele în vîrstă, fapt care duce la sporirea intervențiilor și la prelungirea nașterii, deci înrăutățirea condițiilor de vindecare a plăgii.

Dintre primiparele în vîrstă am pierdut două mame. Prima în vîrstă de 36 de ani, a sucombat în a șaptea zi de lăuzie, în febră puerperală (1941). A doua de 34 de ani a murit a treia zi după cezariană în urma unei bronhopneumonii. (1943).

*Mortalitatea maternă* a 826 de primipare de peste 30 de ani este de 0,24% pe cînd la 288 primipare de peste 35 de ani ea este 0,34%. Luînd în considerare că datele literaturii arată o mortalitate maternă mai crescută (Kovács: 2,9%, Schultze: 3,1%, Roeder: 1,76%, Döring: 3,3%) rezultatele noastre pot fi considerate ca favorabile.

# NAȘTERI PRIN INTERVENȚII GRUPE DE VÂRSTĂ

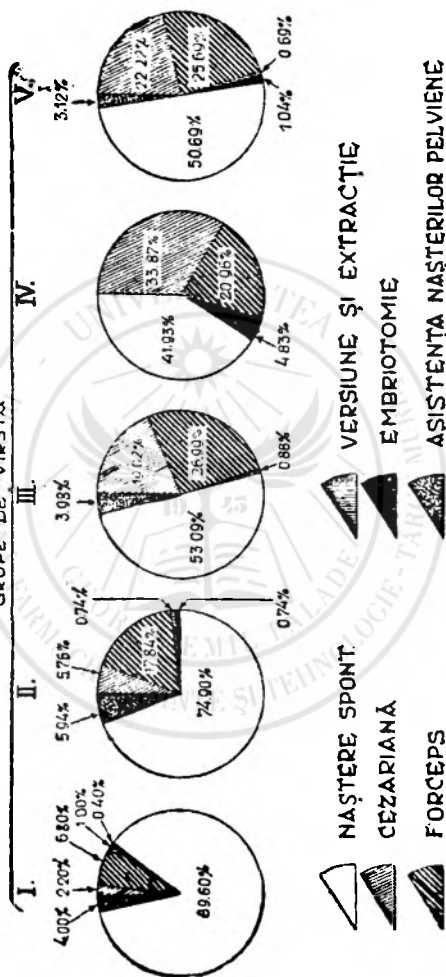


Figura 1.

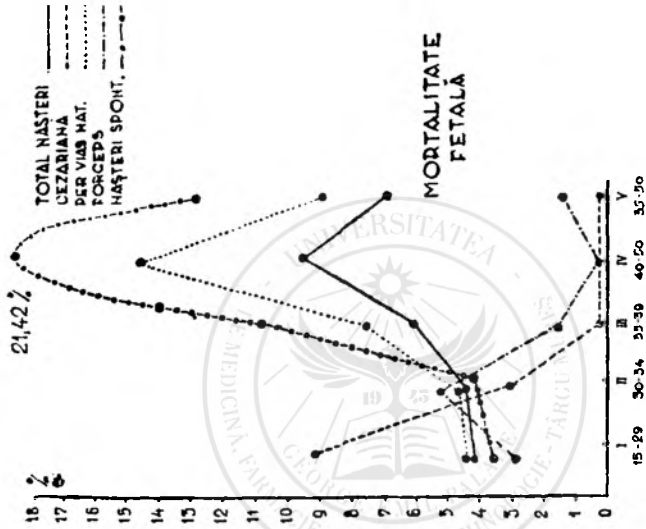
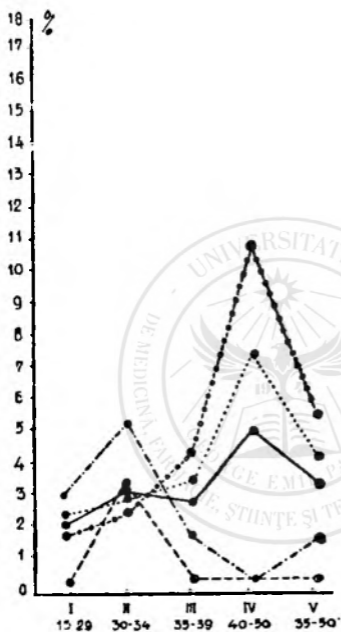


Fig. 2.



MORTALITATE CORECTATA



Nu putem considera nici mortalitatea fetală ca nefavorabilă dacă comparăm procentul de 6,94% cu rezultatele literaturii (Kovács: 8,7%, Röeder: 8,62%, Döring: 18%, Richter și Hiess: 6,6%).

Una dintre lipsurile lucrării de față este aceea că nu am putut studia materialul nostru sub aspectul matrimonial, adică al timpului trecut de la încheierea căsătoriei, fapt care constituie un factor cauzal important al primiparității în vîrstă. Din foile de observație ne lipsesc aceste date și orice concluzie în această privință ar fi fost de natură speculativă.

Din analiza materialului nostru clinic, cu ajutorul datelor literaturii, putem trage următoarele concluzii referitoare la conducerea nașterii la primiparele în vîrstă:

1. Vîrsta primiparei în sine nu influențează pronosticul nașterii și nu constituie o indicație pentru o intervenție chirurgicală. Ca factor adjuvant însă, ea are un rol foarte important și ridică într-o mare măsură valoarea celorlalte indicații. Părerea noastră este ca să se execute secțiunea cezariană la primiparele de peste 35 de ani în interesul fătului în toate cazurile cînd prelungirea nașterii sau orice altă complicație pune în dubiu viața fătului chiar și pe baza unor indicații care nu ar justifica această intervenție la primiparele tinere, sau la multipare.

2. Dacă nașterea decurge fără complicații contractiile sînt îndestulătoare și se lasă ca ea să decurgă spontan, rolul medicului este de a o observa cu cea mai mare atenție și de a fi gata pentru intervenție chiar și atunci cînd nașterea decurge în mod normal. Nașterea primiparelor în vîrstă trebuie să decurgă în mediu spitalicesc cu asistența unui medic specialist. Prudența în administrarea ocitocicelor trebuie să fie și mai accentuată în aceste cazuri. În schimb să nu facem economie în administrarea spasmoliticeilor și a sedativelor.

3. Luînd în considerare factorul psihic care ocupă un loc important în patogenia nașterii mai grele a primiparelor în vîrstă ar fi de dorit ca fiecare primipară vîrstnică să fie pregătită psihoprofilactic.

4. Cu toate că numărul complicațiilor se ridică mai pronunțat la primiparele de peste 35 de ani, totuși după părerea noastră toate primiparele de peste 30 de ani ar trebui să fie asistate la naștere conform principiilor de mai sus.

Primită la redacție la 20 ianuarie 1956.

### Bibliografie

1. Bäder: Magyar Nőorvosok Lapja, 1954. 1. 29;
2. Burger: Szülészet, Budapest 1942, pag. 494;
3. Devraigne: Précis d'Ostétrique. Paris. 1946, pag. 568;
4. Györy: Orvostud. Közl. 1943, 114;
5. Kovács-Balázs: Debreceni női klin. közl. 1948, pag. 107;
6. Lőrincz: Clinica et Laborat. 1949, 5, 42;
7. Őszi: Magyar Nőorv. Lapja 1941, 2, 21;
8. Rohonyi: A magyar egyet. szül.-nőgy. klin. közl. 1930, 68;
9. Salacz: A Bpesti II. sz. női klin. dolg. 1944, 255;
10. Sauter: Geb. u. Frauenheilk. 1952, 10, 951;
11. Scrobansky: Manual de obstetrică. Ed. Med. 1949, 357;
- Stork: Zbl. f. Gynäk. 1941, 23, 1.073;
13. Streja-Camuescu: Obstetr și Ginec. 1955, 3, 43.